استنادبه این مقاله: بهاری، فرشاد؛ بنی‌اسد، محمدحسن؛ خدمتگزار، حسین؛ اسحاقی، فائزه (۱۳۹۱). تأثیر نمایش روانی بر میزان افسردگی اساسی و سلامت عمومی‌بیماران افسرده تحت درمان با دارو.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره،۲ (۲)، ۱۰۰–۸۹

تاثیرنمایش روانی بر میزان افسردگی اساسی و سلامت عمومی بیماران افسرده تحت درمان با دارو

فرشاد بهاری[۱]، محمد حسن بنی‌اسد[۲]، حسین خدمتگزار[۳]، فائزه اسحاقی[۴]

دریافت: ۱۳۹۰/۹/۳۰ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۵

چکیده

نمایش روانی یکی از انواع هنردرمانی است که به صورت گروهی به فرد کمک می‌کند تا با تجسّم و بازی کردن مسئله به جای فقط صحبت کردن، مسئله را بازنگری کند، همراه با بازخورد اعضای گروه،راه حل مناسبی پیدا کند و آن را در زندگی به کار گیرد. هدف اصلی مطالعه حاضر تعیین تأثیر نمایش روانی بر کاهش شدت افسردگی و افزایش سلامت عمومی‌بیماران مبتلا به اختلال افسردگی است. نوع تحقیق شبه آزمایشی همراه با گروه‌های آزمایش و گواه با پیش آزمون و پس آزمون می‌باشد. جامعه آماری را کلیه مردان افسرده شدید بستری شده در بخش اعصاب و روان بیمارستان لواسانی شهر تهران تشکیل می‌دادند. نمونه آماری ۲۴ بیمار در دسترس که در دو گروه آزمایش و گواه به صورت جایگزینی تصادفی قرار گرفتند. جلسات نمایش روانی برای گروه‌های آزمایش به مدت ۱۰ جلسه شامل مراحل آمادگی،اجرا و تمرین رفتاری تشکیل شد.از سیاهه افسردگی بک و پرسش‌نامه سلامت عمومی‌از گلدبرگ استفاده شد.داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تحلیل شد. نتایج نشان داد که مداخله درمانی به روش نمایش روانی باعث کاهش افسردگی اساسی و افزایش سلامت عمومی‌در گروه آزمایش شد. بنابراین اجرای روش نمایش روانی منجر به کاهش بیشتر علائم و بهبود سلامت عمومی در حیطه‌های افسردگی و کارکرد اجتماعی در مقایسه با گروه گواه شده است و نیز دارو درمانی در کاهش علائم افسردگی به طور اختصاصی عمل کرده است.

کلیدواژه‌ها: *سایکودرام، افسردگی، سلامت عمومی*

۱.عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، اراک، ایران fbahari200277@yahoo.com
۲ روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه
۳ دکترای روان‌شناسی بالینی، انیستیتو روان‌پزشکی تهران
۴ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات تهران

مقدمه

امروزه مشکلات روان‌شناختی و روان‌پزشکی طیف وسیعی را در بر می‌گیرد. سازمان بهداشت جهانی بهداشت روانی را تأمین رشد و سلامت فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلاء به اختلال روانی، درمان مناسب، و بازتوانی می‌داند (پاکروان نژاد، صادقی، ۱۳۸۰، ص. ۱۹۰۹).

در عصر حاضر با پیشرفت علم، ارزش علمی‌و کاربردی هنرها برای درمان بیماری‌های روانی به درستی مورد توجّه صاحب‌نظران قرار گرفته است. علم روان‌شناسی به جایگاهی رسیده است که می‌تواند از ابزارهای هنری مانند نمایش جهت ارتقاء سلامت روح و روان افراد استفاده کند (امرایی،۱۳۸۹: ۴۰). از این میان نمایش روانی، یکی از شاخه‌های هنردرمانی، که دیدی متفاوت در حوزه روان‌درمانی به شمار می‌آید، به عنوان یک ابزار درمانی در اوایل دهه ۱۹۲۰ توسط مورینو پیشنهاد شد. نمایش روانی به وجود آمده از کشفیاتی در ارتباط با تعارضات موجود در فرد بود تا بتواند از این طریق احساسات سرکوب شده‌اش را آزاد سازد (پاول،۲۰۰۸). در این روش از هنر نمایش در جهت درمان، توانمندسازی و آموزش بیماران روانی استفاده می‌شود چرا که نقش بازی کردن فنی است که سابقه طولانی در سنجش رفتاری دارد. راتر و ویکنز نیز استفاده از این فن را در سنجش رفتاری پیشنهاد کردند و سال‌ها بعد گولد فرید به چند مورد از موارد استفاده از نقش بازی کردن خصوصاً در مبحث جرات آموزی اشاره می‌کند و نقش بازی کردن یا تمرین رفتاری را شیوه‌ای برای آموزش الگوهای جدید پاسخ می‌داند(فیروزبخت،۱۳۸۵). بعد درمانی این روش نیز افراد را به سمت برقراری تعامل با زندگیشان، رویاها و تخیّلات در تلاش برای بیان احساسات ابراز نشده، کسب درک و بینش‌های جدید و تمرین رفتاری سالم‌تر و جدیدتر ترغیب می‌کند (گاتا، لارا، لاراب، و اندریک،۲۰۱۰). در این روش درمانگر راهکارهای گروهی را ترتیب می‌دهد که سر انجام آن آگاه شدن بیمار از نقش اجتماعی خود است.بیمار در جریان نمایش روانی در می‌یابد که هنگام ارتباط با محیط پیرامون و روابط بین فردی و اجتماعی بهتر است چگونه عمل کند و کمک می‌کند تا بتواند ابعاد روان‌شناختی خودش را کشف کند (حق شناس و اشکانی،۱۳۸۳).

پژوهش‌های قابل توجهی در ایران و خارج انجام گرفته است که سودمندی این روش را اثبات کرده‌اند. در جوامع بشری امروز، افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی است و به طور گسترده اختلال خلق انگاشته شده است. متأسفانه این نوع تلقی، نوعی ساده انگاری است؛ زیرا عملاً چهار مجموعه نشانه در افسردگی شامل نشانه‌های خلقی، نشانه‌های هیجانی، فکری یا شناختی، انگیزشی و جسمانی وجود دارد (سید محمدی،۱۳۸۶) و با توجّه خاصی که نمایش روانی به عنوان روش درمانی به این موارد دارد این موضوع در حوزه درمان بیماران مورد بررسی قرار گرفت.پیش از این نیز در پژوهش‌هایی از این فن در این

زمینه استفاده شده است (مانندپژوهش مولوی و همکاران ، ۱۳۸۶؛ نریمانی، بیابانگرد، و رجبی ،۱۳۸۵). در پژوهش مولوی و همکاران (۱۳۸۶) تاثیر نمایش روانی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و عزت نفس گزارش شده است.

با توجّه به یافته‌های پژوهش‌های پیشین در حوزه نمایش روانی وهمچنین توجه ویژه به افسردگی به عنوان شایع‌ترین بیماری روانی، در مقاله حاضر تلاش می‌شود تا تأثیر نمایش روانی بر میزان افسردگی و سلامت عمومی بیماران دچار افسردگی شدید مورد بررسی قرار گیرد.

فرضیه پژوهش

نمایش روانی بر میزان افسردگی و سلامت عمومی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی موثر است.

روش پژوهش

جامعه آماری، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری، اجرا و تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش

نوع مطالعه شبه آزمایشی همراه با گروه آزمایش و گواه با پیش آزمون و پس آزمون می‌باشد و جامعه آماری آن را تمامی بیماران مرد مبتلا به افسردگی شدید با محدوده سنی ۲۰–۵۵ سال که در طول ۶ ماه در بخش‌های اعصاب و روان بیمارستان شهید دکتر محمدباقر لواسانی شهر تهران بستری بوده‌اند، تشکیل می‌دادند. از این تعداد، ۲۴ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. معیار اصلی ورود افراد به نمونه، عبارت بود از این‌که حداقل یک هفته از بستری بیماران در مرحله حاد گذشته باشد. معیارهای خروج عبارت بودند از: ۱.بیمار اختلالات همراه دیگری از جمله اعتیاد داشته باشد، ۲.بیماران قبلاً شوک درمانی شده باشند. همچنین با توجّه به این‌که احتمال ترخیص زود هنگام برخی از بیماران وجود داشت، بعد از ترخیص نیز این تعداد از افراد مجدداً جهت شرکت در جلسات نمایش روانی دعوت شده و حضور یافتند. چون بیماران بستری بودند و داروی ضد افسردگی (SSRI)، دریافت می‌کردند و هر دو گروه از نظر دریافت نوع دارو یکسان بودند.در این پژوهش، نمایش روانی به عنوان متغیر مستقل، افسردگی و سلامت عمومی‌متغیّرهای وابسته و مصرف دارو متغیر کنترل‌کننده در نظر گرفته شدند. میانگین تعداد افراد شرکت‌کننده بین ۵–۱۵ نفر می‌تواند باشد (نوربالا، باقری یزدی، و کاظم،۱۳۸۷) که در پژوهش حاضر در هر گروه ۶ نفر قرار گرفتند.

به خانواده بیماران و خود آن‌ها نیز اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه بوده و در حفظ اسرار آن‌ها نهایت دقت به عمل خواهد آمد. همچنین برای شرکت در مطالعه از آن‌ها رضایت‌نامه دریافت شد.

کار با افراد گروه آزمایش به صورت گروهی به مدت ۱۰ جلسه بر مبنای اصول اصلی نمایش روانی طراحی و اجرا شد. در این مطالعه جهت افزایش اثربخشی نمایش روانی و همچنین احتمال خروج بیماران از تحقیق به دلیل ترخیص زود هنگام، جلسات هر روز برگزار گردید. اجرای نمایش روانی در هر جلسه شامل ۳ مرحله: آمادگی، اجرا، تمرین رفتاری و مشارکت و اختتام بود. عملکرد کارگردان در این مطالعه براساس ۴ نقش گفته شده توسط کلرمن که عبارتند از: تحلیل کننده، تولید کننده، درمانگر، رهبر گروه بوده است. پروتاگونیست یا فردی که مسئله‌اش را برای گروه بیان می‌کند در ابتدای مرحله اجرا توسط کارگردان یا به صورت داوطلبانه انتخاب می‌شود. حضار نیز در این مطالعه بیماران شرکت کننده بودند (کلرمن، ۱۹۹۲).

در مرحله اجرا از فنون اصلی نمایش روانی شامل فن جفت، فن آیینه، فن وارونگی نقش، فن فرافکنی در آینده، فن تک‌گویی، فن خودشکوفایی استفاده شد و همچنین توجّه به خصوصیات اعضاء گروه، مهارت در برقراری رابطه، مهارت در تخلیه هیجانات و احساسات به صورت کلامیو غیر کلامی، شناخت احساسات و کنترل آن‌ها تمرین شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی واز آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه مورد مطالعه استفاده شد.

جدول -۱خلاصه جلسات سایکودرام

تعداد جلسه	موضوع جلسه
جلسه۱	آشناسازی اعضاء با یکدیگر، توضیحاتی پیرامون نمایش روانی و فنون آن،بیان قوانین و ساختار جلسات، اعتمادسازی و اجرای پیش آزمون‌ها (توسط یکی از اعضای کادر درمانی)
جلسه۲	تمرینات پرورش بیان و تلاش در مسیر برقراری گفتگو و طرح مسئله.
جلسه۳و۴	تمرینات تمرکزی، استفاده از شیوه غیرکلامی برای آگاهی از احساسات، آشنایی با زبان تن، تلاش برای بروز توانائی‌های ذهنی به روش خلاقانه وآگاهی نسبت به هیجان‌های خود و دیگران،تقویت احساس‌هایی چون شادی و... ،تمرینات گفتاری و رفتاری.
جلسه ۵ تا ۹	ترغیب اعضاء به بازگوئی مشکلات خود در قالب ایفای نقش و به کارگیری فنون نمایش روانی و مشارکت اعضاء(به عنوان یاور) در جهت کمک به حل مشکل و تمرینات رفتاری.
جلسه ۱۰	اختتام، مرور جلسات، ایجاد امید به اعضاء و درمیان گذاشتن آرزوهای خودشان با گروه و اجرای پس آزمون‌ها (توسط یکی ازاعضای کادر درمانی)

ابزار پژوهش و پایایی و روایی آن

جهت گردآوری اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیّت‌شناختی نمونه‌های پژوهش، پرسش‌هایی در زمینه سن، سطح، تحصیلات و وضعیت تأهل تهیه شد.ابزارهای تحقیق شامل ۱.سیاهه افسردگی بک بود که یک وسیله خودسنجی ۱۳ ماده‌ای است از نشانه‌ها و نگرش‌هایی که بر حسب شدّت درجه‌بندی شده‌اند. هر ماده سوال دارای چهارگویه است که پاسخ دهنده بایستی جمله‌ای را که با وضعیّت فعلی وی مناسب‌تر است انتخاب نماید. این سیاهه ۱۳جنبه از افسردگی را که عبارتند از غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، گناه، بیزاری از خود ، خودآزاری، کناره‌گیری، بی تصمیمی، تغییر در خودپنداره، دشواری درکار، احساس خستگی و بی اشتهایی ارزیابی می‌کند. به منظور تعیین هنجار ایرانی برای این سیاهه، یک نمونه آماری ۲۰۰ نفری از جمعیّت دانشجویی با روش تصادفی از بین دانشجویان دانشکده‌های تهران انتخاب و مورد آزمون‌گری واقع شده است (منصور و دادستان،۱۳۸۶). همچنین مطالعه‌ای توسط رجبی (۱۳۸۶) با هدف بررسی هم‌سانی درونی و اعتبار ماده‌های فرم کوتاه پرسشنامهٔ افسردگی بکBDI-13 در ۱۹۴ دانشجو انجام پذیرفت. وی ضریب آلفای کلی و به روش تنصیف را به ترتیب برابر با ۰/۸۹ و۰/۸۲ و ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و فرم ۲۱ سؤالی پرسشنامهٔ افسردگی بک را ۰/۶۷ محاسبه کرد. براساس نتایج این پژوهش، سیاهه ۱۳ ماده‌ای واجد شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش‌های روان‌شناختی و غربال‌گری افسردگی در جامعهٔ بهنجار در ایران است (رجبی، ۱۳۸۶). ۲.پرسش‌نامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی. این پرسش‌نامه آزمونی است با ماهیّت چندگانه و خوداجرا که جنبه تشخیصی ندارد.این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۲توسط گلدبرگ تنظیم شد. پتون و التون(۱۹۸۷) فرم ۲۸ سوالی این پرسش‌نامه را بر روی گروهی از دختران مدرسه‌ای اجرا نموده و نتایج را به روش تحلیل عاملی و با استفاده از روش تحلیل مولفه‌های اصلی مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند. نتایج این مطالعه شباهت بسیاری با نتایج مطالعه انجام شده توسط گلدبرگ و هیلر داشت. سوال‌های این پرسش‌نامه به بررسی وضعیّت روانی فرد در یک ماه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیّت اینجا و اکنون تأکید دارد. چهار خرده مقیاس: شکایات جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید که هرکدام از آنها دارای ۷ سوال می‌باشند در این پرسش‌نامه تعبیه شده‌اند (تقوی، ۱۳۸۹). بهترین نمره برش ۲۳ و حساسیّت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی با این نمره برش به ترتیب برابر با ۲/۴±۲/۵،۴/۷۰± ۹۲/۳ ، ۲/۴± ۱۲/۳ درصد محاسبه شده است. ارزیابی پایایی و اعتبار به دست آمده از این پرسش‌نامه دلالت براین دارد که این پرسش‌نامه می‌تواند به عنوان ابزار غربال‌گری در مطالعات اختلالات روانی به طور موفقیت‌آمیزی به کاربرده شود. در پژوهشی

که توسط یعقوبی (۱۳۷۵) انجام شد ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه سلامت عمومی‌در جمعیّت ایرانی مورد بررسی قرار گرفت. بهترین نقطه برش بالینی این پرسش‌نامه ۲۴ به دست آمده است که شاخص روان‌سنجی بالایی است. در تحقیق نوربالا میزان حساسیّت و ویژگی آزمون به ترتیب برابر با ۸۴/۷ و۹۳/۸ بوده است که با نمره برش به دست آمده از استانسفلد و همکاران (به نقل از تقوی،۱۳۸۰) و سریرام و همکاران (به نقل از تقوی،۱۳۸۰) و پالاهنگ و همکاران (به نقل از تقوی،۱۳۸۰) هم‌خوانی دارد. در تحقیق نوربالا میزان حساسیّت و ویژگی آزمون به ترتیب برابر با ۸۴/۷و۹۳/۸ گزارش شده است (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۰).ضریب اعتبار دوباره سنجی نیز در تحقیق تقوی(۱۳۸۰)۰/۷۲ به دست آمده است.

یافته‌های پژوهش

در این مطالعه میانگین سنی در گروه آزمایش ۴۰ سال و ده روز با انحراف معیار ۱۰/۱۱ و در گروه گواه ۴۰ سال و ۳۳ روز با انحراف معیار ۶/۲۴ به دست آمد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی و سلامت عمومی‌و خرده مقیاس‌های آن در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در جدول۲ ارائه شده است.

جدول۲:میانگین و انحراف معیار نمرات دوگروه آزمایش وگواه درپیش و پس آزمون افسردگی و سلامت عمومی

	گروه آزمایش(N=۱۲)				گروه گواه(N=۱۲)			
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی بک	۲۴/۸۳	۵/۹۲	۱۱/۸۳	۸/۶۷	۲۶/۹۲	۶/۵۷	۲۰/۲۵	۵/۲۶
سلامت عمومی	۴۴/۵۸	۱۴/۰۴	۳۲/۵۸	۱۶/۵۸	۴۳/۹۲	۱۴/۱۲	۴۳/۴۲	۱۰/۷۷
جسمانی	۱۲/۲۵	۳/۹۸	۹/۳۳	۴/۹۴	۱۱/۵۸	۲/۴۳	۹/۸۳	۳/۵۱
اضطرابی	۱۲/۶۷	۴/۱۰	۸/۷۵	۴/۸۸	۱۳/۰۸	۳/۸۵	۱۱/۶۷	۴/۲۵
اجتماعی	۹/۵۰	۳/۵۸	۵/۹۲	۳/۸۷	۸/۶۷	۵/۶۰	۱۱/۱۷	۴/۸۴
افسردگی	۱۲/۵۰	۴/۴۴	۷/۰۰	۴/۶۱	۱۴/۱۷	۲/۳۷	۱۲/۰۰	۳/۱۹

نتایج جدول۲ نشانگر آن است که در مرحله پس آزمون میانگین نمرات افسردگی بک، سلامت عمومی‌و خرده مقیاس‌های آن در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش یافته است.

به منظور بررسی تأثیرمداخله درمانی نمایش روانی بر افسردگی اساسی در دو گروه آزمایش (که

تحت مداخله نمایش روانی قرار گرفته بودند) و گروه گواه (که تحت دارو درمانی بودند)، برای ثابت نگه داشتن اثر نمره پیش آزمون افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج در جدول۳ ارائه شده است.

جدول۳: نتایج تحلیل کواریانس برای نمرات پس آزمون افسردگی اساسی در دو گروه آزمایش و گواه

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	بتا	سطح معنا داری	اندازه اثر
پیش آزمون افسردگی	۷۰/۸۴۵	۱	۷۰/۸۴۵	۱/۴۰۲	۰/۲۵۰	۰/۰۶۳
گروه	۳۵۶/۰۳۹	۱	۳۵۶/۰۳۹	۷/۰۴۶	۰/۰۱۵	۰/۲۵۱
خطا	۱۰۶۱/۰۷۲	۲۱	۵۰/۵۲۷			
کل	۱۵۵۶/۹۵۸	۲۳				

با توجّه به نتایج جدول۳ مقدار F محاسبه شده برای نمرات پس آزمون افسردگی اساسی در دو گروه آزمایش و گواه بعد از ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون افسردگی معنادار است(P ۰/۰۵, eta= ۰/۲۵۱ , <۷/۰۴۶= (۱,۲۱) F). در نتیجه بین میانگین نمرات پس آزمون افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه با ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده گروه‌ها نشان می‌دهد که میانگین افسردگی اساسی در گروه آزمایش (M=۱۲/۱۳) پایین‌تر از گروه گواه (M=۱۹/۹۵) است. بنابراین مداخله درمانی نمایش روانی موجب کاهش افسردگی اساسی درگروه آزمایشی که این مداخله درمانی را دریافت کرده‌اند در مقایسه با گروه گواه (تحت دارو درمانی بودند) شده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخله درمانی به روش نمایش روانی در کاهش افسردگی گروه آزمایش موثر بوده است.

به منظور بررسی تأثیر مداخله درمانی نمایش روانی بر سلامت عمومی‌در دو گروه آزمایش (که تحت مداخله درمانی نمایش روانی قرار گرفته بودند) و گروه گواه (که تحت دارو درمانی بودند)، برای ثابت نگه داشتن اثر نمره پیش آزمون سلامت عمومی‌در دو گروه آزمایش وگواه از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج در جدول۴ ارائه شده است.

جدول۴: نتایج تحلیل کواریانس برای نمرات پس آزمون سلامت عمومی‌در دو گروه آزمایش و گواه

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان بتا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
پیش آزمون سلامت عمومی	۱۳۱۷/۶۱۳	۱	۱۳۱۷/۶۱۳	۹/۲۸۵	۰/۰۰۶	۰/۳۰۷
گروه	۷۵۲/۱۴۶	۱	۷۵۲/۱۴۶	۵/۳۰۰	۰/۰۳۲	۰/۲۰۲
خطا	۲۹۸۰/۲۲۱	۲۱	۱۴۱/۹۱۵			
کل	۵۰۰۲/۰۰۰	۲۳				

با توجّه به نتایج جدول۴ مقدار F محاسبه شده برای نمرات پس آزمون سلامت عمومی‌در دو گروه آزمایش گواه بعد از ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون سلامت عمومی‌معنادار است (eta= ۰/۲۲۰ ,P ۰/۰۵ , ۵/۳۰< =(۱,۲۱) F). در نتیجه بین میانگین نمرات پس آزمون سلامت عمومی‌در دو گروه آزمایش و گواه با ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون تفاوت معنادار وجود دارد.

مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده گروه‌ها نشان می‌دهد که میانگین سلامت عمومی‌در گروه آزمایش (M=۳۲/۴۰) پایین‌تر از گروه گواه (M=۴۳/۶۰) است. بنابراین روش نمایش روانی موجب افزایش سلامت عمومی در گروه آزمایشی که این روش را دریافت کرده‌اند در مقایسه با گروه گواه (که تحت دارو درمانی بودند) شده است. قابل ذکر است که کاهش نمره در آزمون سلامت عمومی به منزله افزایش سلامت عمومی‌است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخله درمانی به روش نمایش روانی در افزایش سلامت عمومی گروه آزمایش موثر بوده است.

به منظور بررسی تأثیر مداخله درمانی نمایش روانی بر هر یک از خرده مقیاس‌های سلامت عمومی‌در دو گروه آزمایش و گواه برای ثابت نگه داشتن اثر نمره پیش آزمون خرده مقیاس‌های سلامت عمومی‌در دو گروه آزمایش و گواه از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

نتایج حاصل از معنی‌داری آزمون‌های چند متغیری برای اثر متغیّر گروه بعد از حذف اثر نمرات پیش آزمون معنی‌دار است (Wilk's lambda= ۰/۳۸۲,F (۲,۳۲) =۸/۳۰ , P <۰/۰۵, eta= ۰/۳۸۲). خلاصه نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای نمرات هر یک از خرده آزمون‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول۵: نتایج تحلیل کواریانس برای نمرات پس آزمون خرده مقیاس‌های سلامت عمومی‌در دو گروه

منابع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر Eta
گروه	جسمانی	۲۰/۸۸۷	۲	۱۰/۴۴۳	۱/۳۱۳	۰/۲۹۴	۰/۱۲۷
	اضطرابی	۶۸/۴۴۰	۲	۳۴/۲۲۰	۲/۸۷۳	۰/۰۸۳	۰/۲۴۲
	اجتماعی	۱۳۹/۴۲۱	۲	۶۹/۷۱۱	۵/۶۳۰	۰/۰۱۳	۰/۳۸۵
	افسردگی	۸۶/۹۱۴	۲	۴۳/۴۵۷	۶/۵۳۶	۰/۰۰۷	۰/۴۲۱
خطا	جسمانی	۱۴۳/۲۰۲	۱۸	۷/۹۵۶			
	اضطرابی	۲۱۴/۳۸۲	۱۸	۱۱/۹۱۰			
	اجتماعی	۲۲۲/۸۶۸	۱۸	۱۲/۳۸۲			
	افسردگی	۱۱۹/۶۷۴	۱۸	۶/۶۴۹			
کل	جسمانی	۲۶۱۰/۰۰۰	۲۴				
	اضطرابی	۳۰۱۳/۰۰۰	۲۴				
	اجتماعی	۲۳۳۹/۰۰۰	۲۴				
	افسردگی	۲۶۶۲/۰۰۰	۲۴				

با توجّه به نتایج جدول ۵ مقدار F محاسبه شده برای نمرات پس آزمون خرده آزمون اجتماعی (F (۲,۱۸) =۵/۶۳ , P <۰/۰۵, eta= ۰/۳۸۵) و خرده آزمون افسردگی (F (۲,۱۸)= ۶/۵۴ , P <۰/۰۵, eta= ۰/۴۲۱) در دو گروه آزمایش وگواه بعد از ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون سلامت عمومی‌معنی‌دار است.در نتیجه فقط بین میانگین نمرات پس آزمون خرده آزمون‌های اجتماعی و افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه با ثابت نگه داشتن اثر نمرات پیش آزمون‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

مقایسه میانگین‌های تعدیل شده گروه‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات پس آزمون خرده مقیاس اجتماعی در گروه آزمایش (M=۶/۰۸) پایین‌تر از گروه گواه (M=۱۱/۰۱) است و نیز میانگین نمرات پس آزمون خرده مقیاس افسردگی در گروه آزمایش (M=۷/۶۱) پایین‌تر از گروه گواه (M=۱۱/۳۹) است. بنابراین برنامه نمایش روانی موجب افزایش سلامت عمومی در ابعاد اجتماعی و افسردگی در گروه آزمایشی که این برنامه را دریافت کرده‌اند در مقایسه با گروه گواه (که تحت دارو درمانی بودند) شده است.

قابل ذکر است که کاهش نمره در خرده آزمون‌های سلامت عمومی به منزله افزایش سلامت عمومی‌است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخله به روش نمایش روانی در بهبود ابعاد اجتماعی و افسردگی سلامت عمومی‌در گروه آزمایش موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این بررسی گویای آن است که اجرای روش نمایش روانی منجر به کاهش بیشتر علائم افسردگی نسبت به درمان دارویی صرف، چه به طور جداگانه و چه به صورت خرده مقیاس سلامت عمومی شده است. یک دلیل برای تبیین این یافته آن است که نمایش روانی یک فعالیّت گروهی است و در اجرای هرگونه فعالیّت گروهی افرادی در فرایند اصلی آفرینش درگیرند و کارشان را با دیگران به اشتراک می‌گذارند تا اعضای گروه نیز بتوانند درباره کارشان هم در خلال فرایند تولید و هم پس از آن به بحث و گفتگوی تحلیلی بپردازند. همچنین فرصتی است برای به اشتراک گذاشتن انگیزه‌ها و تحلیل‌ها و نیز فرافکنی تعارضات و هیجانات سرکوب شده و دریافت بازخورد مناسب (ثنایی، ۱۳۷۷). در شرایط درمان گروهی، ادراک‌های مخدوش، نارسایی ارتباطی، پاسخ‌های عاطفی نارسا، رفتارهای کلیشه‌ای، اعمال تکانشی و از خودبیگانگی بررسی و تغییر داده می‌شود و به نظر می‌آید که عامل اصلی تأثیرگذاری نمایش روانی بر کاهش افسردگی نیز در همین بوده است.

یافته دیگر پژوهش آن است که این روش باعث افزایش سلامت عمومی به ویژه در مقیاس کارکرد

اجتماعی شده است. چرا که در شناخت ارزش مهارت‌های اجتماعی، روان‌شناسان برنامه‌هایی آموزشی را توسعه داده‌اند که به افراد می‌آموزد مهارت‌های خود را در تعامل‌های اجتماعی اصلاح کنند. یکی از این مهارت‌ها که خیلی به آن توجّه دارند ابراز وجود و ابراز هیجانات سرکوب شده است. بیماران افسرده شدیداً تمایل دارند که منزوی باشند و در ابراز وجود به دیگران و برقراری ارتباط با آن‌ها مشکل دارند (گودرزی،۱۳۸۲). نمایش روانی فرصت ابراز وجود است و به نظر می‌آید به همین دلیل تأثیر داشته است.این یافته در تایید پژوهش زارع و شفیع آبادی (۱۳۸۶) است. این مطالعه به مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی عقلانی- عاطفی، رفتاری و روش مشاوره روان‌نمایشگری در افزایش سلامت عمومی و ابرازگری هیجانی مراجعان پرداخت و نتایج پژوهش بیانگر آن بود که هر دو روش بر افزایش ابرازگری هیجانی و سلامت عمومی مراجعان اثربخش می‌باشد اما نمایش روانی اثربخشی بیشتری داشته است (زارع، شفیع‌آبادی، ۱۳۸۶). همچنین توانایی ابراز وجود یک حالت دائمی نیست. اوضاع زندگی تغییر میکند و فرد با مسائل و مشکلات فراوانی روبرو می‌شود. لذا مهارت‌های جدیدی مورد نیازاست (فنسترهایم، و بائر،۱۳۷۸)کسب این مهارت‌ها و اجرای آن‌ها در زندگی روزمره از جمله اهداف اصلی این روش است. در پژوهشی که باز هم توسط زارع و همکاران انجام گرفت نتیجه آن شد که نمایش روانی در تغییر سبک‌های هیجانی نیز تأثیر معنی‌دار داشته است (زارع، شفیع آبادی، شریفی، و نوابی نژاد، ۱۳۸۶).

مهم‌ترین وجه تمایز نمایش روانی نسبت به سایر روش‌های روان‌درمانی، نمایشی بودن آن است. از آنجا که ۸۰٪ یادگیری انسان از مشاهده است (داینو، و بایلی، ۱۹۹۰). بنابراین نمایش روانی نقش مهمی‌را در درمان از طریق آموزش و مشاهده ایفا می‌کند. همچنین آموزش‌هایی که در خلال جلسات نمایش روانی ارائه می‌شود ماندگاری بیشتری دارد و به راحتی می‌تواند به فضای زندگی خود شخص تعمیم یابد.

محدودیّت‌ها و پیشنهادات

از محدودیت‌های این پژوهش عدم وجود مکان مناسب اجرای نمایش روانی بود. محدودیت دیگر این است که هر دو گروه دارو دریافت کرده‌اند. همچنین با توجّه به نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود از نمایش روانی به عنوان مداخلات مکمل غیر دارویی همراه با دارو درمانی استفاده شود.

سپاس‌گزاری

نویسندگان مراتب تقدیر و تشکّر خود را از آقای دکتر مجید صفاری‌نیا رئیس محترم انجمن روان‌شناسی اجتماعی ایران، جناب آقای دکتر حجت‌اله فراهانی، همکاران محترم بیمارستان به ویژه

سرپرستان بخش(آقایان اسحاقی واحمدی) و آقایان مجتبی مظلوم، حسین بیگی، حسین پایندان و تمامی کادر بیمارستان و سرکار خانم فاطمه جعفری ابراز می‌نمایند.

کتابنامه

امرایی، مجید(۱۳۸۹). نمایش درمانی درمسیر تکامل. تهران: دانژه، ص ۴۰

بلاتنر، آدام.(۱۹۹۶) .درون پردازی:رواندرمانی با شیوه‌های نمایشی(تئاتردرمانی). حسن حق شناس و حمید اشکانی(۱۳۸۳). تهران: رشد،ص. ۳۵

پاک روان نژاد، مهدی؛ صادقی، مهدی (۱۳۸۰). کتاب جامع بهداشت عمومی. در
http://www.elibhbi.ir/persian/PUBLICHEALTH-//-EBOOK/12-01.Pdf.

تقوی، محمدرضا. (۱۳۸۰).بررسی روائی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی،مجله روان شناسی،۳۸۱، ۲۰-۳۹۸

رجبی،غلامرضا.(۱۳۸۶).ویژگی های روانسنجی ماده‌های فرم کوتاه پرسش‌نامه افسردگی بک، فصلنامه روانشناسی تحولی روانشناسان ایرانی ، شماره ۲۰،۴.

روزنهان دیوید ال.سلیگمن مارتین ای پی.(۱۳۸۶).آسیب شناسی روانی (جلد۲)،یحیی سید محمدی تهران: ارسباران،ص ۶.

زارع،مهدی.شفیع آبادی،عبداله.(۱۳۸۶).مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی عقلانی-عاطفی،رفتاری و روش مشاوره روان‌نمایشگری در افزایش سلامت عمومیو ابراز گری هیجانی مراجعان زن، فصلنامه روانشناسی تحولی روان‌شناسان ایرانی، شماره ۱(۲)،ص.۱۴۸-۱۸۱

زارع،مهدی؛شفیع‌آبادی،عبداله؛ شریفی،حسن پاشا؛ نوابی نژاد،شکوه(۱۳۸۶)،اثربخشی گروه درمانگری عقلانی-هیجانی-رفتاری و روان‌نمایشگری در تغییر سبک‌های ابراز هیجان، فصلنامه روان‌شناسی تحولی روان‌شناسان ایرانی، شماره ۴(۱۳)،ص.۲۵-۴۱

فنستر هایم،هربرت.و بائر،جین(۱۳۷۸). آموزش قاطعیّت،ترجمه عباس چینی.تهران:البرز،ص۱۸

فیرس ای جری،جی ترال تیموتی(۱۳۸۵)،روان‌شناسی بالینی،ترجمه مهرداد فیروزبخت،تهران: رشد، ص.۳۶۵.

کزاز ژ.بیماریهای روانی،محمود منصور،پریرخ دادستان(۱۳۸۶)،تهران:انتشارات رشد،ص۱۶۲.

کلینکه،کریس.(۱۳۸۲).رویارویی با چالشهای زندگی و فن آوری،ترجمه و نگارش علی محمد گودرزی.تهران:رسا،ص۶۱.

کوری، جرالد.ماریان.شنیدر.کاتالان، پاتریک.راسل، مایکل.(۱۹۹۴). فنون مشاوره و روان‌درمانی گروهی، ترجمه باقر ثنائی(۱۳۷۷)تهران:انتشارات بعثت،ص ۳۵.

مولوی، پرویز و همکاران.(۱۳۸۶).تأثیر سایکودرام بر افزایش مهارتهای اجتماعی و عزت نفس بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای نوع یک و دو. مجله توانبخشی، ۱۰، ۲،،۱۳۸۸،۷۳-۶۸

نریمانی،محمد؛ بیابانگرد،اسماعیل؛رجبی،سوران.(۱۳۸۵).بررسی کارآمدی روان‌نمایشگری بر بهبود بخشی مهارت‌های اجتماعی و عزت نفس دانش آموزان نارساخوان،روان شناسی و علوم تربیتی، ۶۲۳،۲۰-۶۳۸

نوربالا احمد علی،باقری یزدی عباس، کاظم، محمد(۱۳۸۷).اعتباریابی پرسش‌نامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی به عنوان ابزار غربالگری اختلالت روان‌پزشکی در شهر تهران، مجله علوم پزشکی تهران، دوره ۱۱،شماره۱۴،ص۴۸

یعقوبی، حمید (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرای گیلان. تهران: انستیتو روانپزشکی ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد.

Dainow Sh., and Bailey , C. (1990). *Developing Skills with People: Training for Person to Person Client Contact*.JOHN WILEY & SONS. USA.

Gattaa, Michela.Laraa ,DalZotto. Larab ,Del Col. Andreac, Spoto.(2010).Analytical psychodrama with adolescents suffering from psycho-behavioraldisorder:Short-term effects on psychiatric symptoms ,*journal of The Arts in Psychotherapy* 37, 240–247

Holmes, K. M., and Bradshaw,P., K. (1998). *The Handbook of Psychodrama*,London routledge,p32

Kellerman, P. F. (1992). *Focus on psychodrama: The therapeutic aspects of psychodrama*.London: Kingsley Publishers,43

PavelG.Somov.(2008).psychodrama group for substance use lapseprevention,*journal of The Arts in Psychotherapy*,35,United States,151–161